



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

# Literacia em saúde mental e o papel do género: Follow-up do projeto Abrir Espaço à Saúde Mental

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Marta Sofia Afonso Luís

sob orientação de  
Professora Doutora Luísa Campos

Faculdade de Educação e Psicologia  
Porto, Julho de 2014

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luísa Campos, pela forma como me orientou durante todo este processo, pelo apoio nos momentos mais difíceis e por ser um exemplo e inspiração enquanto pessoa e profissional.

A todos os professores da FEP-UCP, que contribuíram para enriquecer o meu percurso académico e pela forma entusiasta com que me permitiram aprender.

À Helena e à Márcia, companheiras deste processo, pelo companheirismo, pela partilha e por festejarem comigo as minhas vitórias e me apoiaram nas minhas derrotas.

Aos meus pais, por terem sido incansáveis neste processo, pelo apoio nos momentos que mais precisei e por tolerarem pacientemente todas as minhas ausências.

À Nanda, que sempre me ensinou que desistir não é uma opção e que devemos lutar incansavelmente por tudo o que queremos. O teu apoio foi fundamental ao longo deste processo.

A toda a minha família, em especial aos meus avós, que, cada um à sua maneira contribuiu para o que eu sou hoje, e à Cláudia, por ser a irmã mais nova que eu nunca tive.

Ao Tiago, pelo amor e companheirismo, pela forma como “integras” tudo que é meu e trocaste muitas vezes “as engenharias” pela literacia em saúde mental.

Ao João e à Helga, por serem os melhores amigos de uma vida, por estarem sempre do meu lado e me fazerem acreditar que amizades como a nossa são para a vida.

À Jú e à Sara, pelas brincadeiras, por me distraírem dos meus próprios fracassos e aguardarem pacientemente o meu “regresso”.

À Ana e à Andreia, por me fazerem acreditar na “amizade à primeira vista” e por terem sido a minha “claque” em todos os momentos.

À Ana Lúcia, companheira de cinco anos, obrigada por todas as “batalhas” que travamos juntas, por acreditares em mim e por estarmos sempre de acordo, embora sempre com opiniões diferentes, mas como diz o Rui, “muito mais é o que nos une, que aquilo que nos separa”.

À Francisca, ao João e à Viviana, a minha família académica, pela amizade, por estarem sempre presentes, e acima de tudo, por acreditarem em mim incondicionalmente.

## RESUMO

A adolescência é uma fase crucial para promover a saúde mental e o bem-estar psicológico (Graham & Power, 2004) caracterizando-se pela exposição ao *stress* e risco que pode, potencialmente, conduzir ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (Schulze, Richter-Werling, Mastschinger & Angermeyer, 2003). A promoção da literacia em saúde mental e o combate ao estigma devem ser realizados o mais cedo possível, já que idades precoces estão mais predispostas à aprendizagem e à mudança e as atitudes ainda são maleáveis e podendo ser alteradas mais facilmente (Corrigan & Watson, 2007; Hinshaw, 2005; Jorm, 2000).

O presente estudo insere-se no projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”, e tem como objetivo geral avaliar o impacto da intervenção de promoção de literacia em saúde mental, realizada em contexto escolar.

A amostra foi constituída por 160 jovens, entre os 11 e os 15 anos de idade, a frequentar o 7º, 8º e 9º anos de escolaridade, provenientes de seis escolas públicas e duas privadas na zona norte de Portugal e que participaram nas sessões de intervenção. Para a realização da recolha de dados foi utilizado o LSMq - Questionário de literacia em saúde mental (Campos & Dias, 2014; Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012), que foi aplicado aos participantes uma semana antes (pré-teste), uma semana após (pós-teste) e seis meses após a intervenção (*follow-up*).

Os principais resultados obtidos apontam para a um aumento significativo do nível de literacia em saúde mental dos jovens, entre o momento da pré-intervenção e os momentos após a intervenção, contudo, os resultados obtidos não se mantiveram seis meses após intervenção.

Com este estudo pretende-se, assim, reforçar a necessidade de se desenvolverem intervenções de promoção de literacia em saúde mental nos jovens e de realizar uma avaliação do impacto destas intervenções que acompanhe todas as etapas do projeto.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde Mental; Literacia em Saúde Mental; Estigma; Intervenções em contexto escolar.

## ABSTRACT

Adolescence is a crucial period to promote mental health and psychological well-being (Graham & Power, 2004), this is a period characterized by exposure to stress and risk, that can potentially lead to the development of mental health problems (Schulze, Richter-phase Werling, Mastschinger & Angermeyer, 2003). Promoting mental health literacy and fighting stigma should be done as soon early as possible, since early ages are more likely to learning and change, and the attitudes can be changed easier (Corrigan & Watson, 2007; Hinshaw, 2005; Jorm, 2000).

This study is part of the project "Abrir Espaço à Saúde Mental", and its aim is to assess the impact of a school-based intervention to promote mental health literacy.

The sample consisted of 160 youths who participated in the intervention sessions, aged between 11 and 15 years old, attending the 7th, 8th and 9th grade, from six public, and two private schools, in the North of Portugal. Data collection was conducted through LSMq – A questionnaire on Mental Health Literacy (Campos & Dias, 2014; Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012), which was applied to participants one week before (pre-test), one week after (post-test) and six months after the intervention (follow-up).

The main results have shown a significant increase in the level of mental health literacy of the youth, between the pre-intervention moment and post-intervention moments, however the obtained results didn't maintain six months after intervention.

This study reinforces the need to develop interventions to promote mental health literacy amongst youth and to provide an assessment of the impact of these interventions that monitor every stage of the project.

**Keywords:** Mental Health Promotion; Mental Health Literacy; Stigma; School-based-interventions.

## ÍNDICE

<b>Agradecimentos</b> .....	i
<b>Resumo</b> .....	ii
<b>Abstract</b> .....	iii
<b>Secção I. Introdução</b> .....	1
<b>Secção II. Artigo Científico</b> .....	11
2.1. Introdução .....	11
2.2. Método .....	15
2.3. Resultados .....	18
2.4. Discussão.....	22
2.5. Referências .....	29
<b>Secção III. Conclusões</b> .....	35
<b>Secção IV. Referências Bibliográficas</b> .....	37

## SECÇÃO I. INTRODUÇÃO

A saúde mental é crucial para o bem-estar individual, das sociedades e dos países (WHO, 2001a), permitindo que os indivíduos experienciem a vida com mais qualidade e se tornem cidadãos criativos, ativos e produtivos, constituindo-se como uma componente essencial da coesão social e um dos principais preditores da qualidade de vida (WHO, 2005a).

A nível global, estima-se a existência de uma elevada prevalência de problemas de saúde mental ao longo da vida, sendo que as perturbações mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade no mundo (WHO, 2001b), existindo uma grande probabilidade da maioria dos indivíduos poderem desenvolver uma perturbação mental ou terem contacto próximo com alguém com perturbação em algum momento das suas vidas (Jorm, 2000).

Portugal não é uma exceção a esta realidade, apresentando uma elevada prevalência de perturbações mentais (Almeida & Xavier, 2013). Em 2013, foi realizado, em Portugal, o primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental com o objetivo de aferir, junto de uma amostra de 8253 indivíduos, com mais de 18 anos, as taxas de prevalência de perturbações mentais na população adulta residente em Portugal continental e o grau de incapacidade associada a estas perturbações (Almeida & Xavier, 2013). Os resultados demonstraram “que a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é muito elevada: mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista” (Almeida & Xavier, 2013, p. 50).

A atual conjuntura económica, que se traduz no aumento do desemprego, redução dos salários e insegurança face ao futuro (Granado, 2014) têm contribuído para o aumento de problemas relacionados com a saúde mental na Europa, particularmente na Grécia, Portugal e Espanha (Procter, Papadopoulos, & McEvoy, 2010; Roca, Gili, Garcia-Campayo, & García-Toro, 2013). Estas adversidades económicas não afetam apenas os adultos – trabalhadores –, mas também os seus filhos, estando associadas a um aumento do risco de problemas desenvolvimentais (Fernández-Rivas & González-Torres, 2013).

O impacto de problemas de saúde mental numa população, em termos de produtividade e gastos podem ser contabilizados, no entanto, os custos decorrentes do sofrimento humano são incalculáveis (Power, 2010). Os avanços do conhecimento no campo da saúde mental e o seu impacto para as sociedades, nomeadamente o reconhecimento do *burden* associado às perturbações mentais, e uma maior consciencialização em relação aos fatores de risco e protetores em torno da saúde mental,

tem preconizado a necessidade de se criarem estratégias para promover a saúde mental da população (Murray & Lopez, 1996).

A promoção da saúde mental aumenta a qualidade de vida e o bem-estar psicológico não só das pessoas com problemas de saúde mental e dos seus cuidadores, como de toda a população, permitindo a capacitação dos indivíduos para que sejam capazes de aumentar o controlo sobre a sua própria saúde, (WHO, 2008), lidarem com as adversidades e realizarem escolhas mais informadas, no que se refere ao seu próprio comportamento (Power, 2010), adotando estilos de vida saudáveis (WHO, 2008). A implementação de planos eficazes para promover a saúde mental, não só permite melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental, como contribui para o aumento do capital social e desenvolvimento económico nas sociedades. (WHO, 2005a, 2005b).

Neste sentido, é cada vez mais reconhecida a urgência de investir em estratégias de promoção da saúde mental, por diversos países (e.g., Austrália, Inglaterra, Estados Unidos).

A falta de conhecimentos adequados sobre questões de saúde mental (literacia em saúde mental) e o estigma associado aos problemas de saúde mental constituem-se duas grandes barreiras à promoção da saúde mental (Jorm, 2012; Pinfold, Toulmin, Thornicroft, Schulze, Richter-Werling, Mastschinger & Angermeyer, 2003).

O conceito de literacia em saúde mental, originalmente introduzido por Jorm e colaboradores em 1997, refere-se aos “conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que, ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Pollitt, 1997, p. 182).

Importa, aqui, salientar que enquanto a investigação sobre literacia em saúde tem sido cada vez mais desenvolvida, a investigação sobre literacia em saúde mental ainda tem um longo caminho a percorrer (Jorm, 2000). A grande maioria dos indivíduos possui mais informações sobre problemas de saúde graves como cancro, doenças cardíacas e intestinais do que sobre perturbações mentais e não consegue reconhecer diferentes tipos de problemas de saúde mental (Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly & Kitchener, 2006).

Neste sentido, é importante enfatizar que a baixa literacia em saúde mental é um grande risco para as sociedades, pois está associada a: (1) problemas de comunicação entre profissionais de saúde; (2) incerteza sobre como ajudar outros; (3) aumento do estigma relativo aos indivíduos/grupos com perturbação mental e (4) diminuição da procura de ajuda (Jorm, 2000).

A população em geral e, em específico, os jovens apresentam níveis baixos de literacia em saúde mental, revelando-se incapazes de identificar corretamente as perturbações mentais, as causas subjacentes, fatores de risco e protetores associados,

desenvolvendo crenças incorretas sobre a eficácia de intervenções, resultando, muitas vezes, na diminuição da probabilidade da procura de ajuda e na incerteza sobre como ajudar os outros (Jorm et al., 2006; Kelly, Jorm & Wright, 2007).

Em Portugal, Loureiro, Pedreiro, Correia e Mendes (2012), desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a literacia em saúde mental nos jovens portugueses, realizado junto de uma amostra de 860 jovens, com uma média de idades de 18 anos, com recurso ao *Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview Version* (Jorm et al., 1997; versão validada para a população portuguesa por Loureiro, Pedreiro, & Correia, 2012). Dos resultados obtidos no referido estudo, salienta-se a existência de dificuldades por parte dos jovens no reconhecimento de perturbações mentais, em específico, a depressão, e no conhecimento das opções de ajuda e tratamento disponíveis. De acordo com Power (2010), o atraso na procura da ajuda dificulta a recuperação e aumenta a probabilidade de mortalidade, pelo contrário, uma intervenção precoce aumenta a probabilidade de obtenção de resultados positivos para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que está inserido.

É possível que, ao intervir nos conhecimentos e sobre questões de saúde mental se possa prevenir o desenvolvimento de estereótipos – componente central da definição de estigma (Jorm, 2012; Skre, Friborg, Breivik, Johnsen, Arnesen, Arfwedson & Wang, 2013).

O estigma é constituído por três componentes: (1) os estereótipos, que consistem em crenças negativas dos indivíduos face à pessoa/grupo com perturbação mental (e.g., perigosidade, incompetência, imprevisibilidade, responsabilização); (2) os preconceitos, que consistem nas respostas cognitivas e afetivas que os indivíduos experienciam relativamente a um indivíduo/grupo estigmatizado (e.g., medo, raiva); e (3) a discriminação que se traduz na resposta associada ao preconceito (e.g., evitamento, recusa de emprego) (Corrigan & Watson, 2002).

O desenvolvimento do estigma baseia-se na aquisição de crenças, que têm como base experiências pessoais, informações veiculadas pelos *media*, anedotas e informações provenientes de fontes formais de conhecimento (Jorm, 2000). Estas atitudes estigmatizantes podem manifestar-se através do estigma público – isto é, a forma como a sociedade age, de forma discriminatória, perante as pessoas com perturbação mental; e do auto-estigma – que diz respeito ao modo como as pessoas com perturbação mental internalizam as atitudes negativas da sociedade e desenvolvem crenças de que os outros têm atitudes estigmatizantes (Corrigan & Watson, 2002, 2007). O auto-estigma pode levar a que as pessoas com perturbação mental aceitem estes preconceitos comuns, transformando-os contra si mesmos, perdendo a autoconfiança (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).



Embora as atitudes estigmatizantes não estejam confinadas apenas às perturbações mentais, a população em geral parece estigmatizar mais facilmente as pessoas com problemas mentais do que com problemas físicos (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005; William & Pow, 2007). Num estudo conduzido por Corrigan, Lurrie, Goldman, Slopen, Medasani e Phelan (2005), centrado na perceção do estigma em relação às perturbações mentais em 303 adolescentes, dos 13 aos 17 anos, os autores concluíram que os adolescentes apresentavam níveis significativamente superiores de estigma face à perturbação mental em comparação com a doença física.

O estigma é, assim, um fenómeno complexo que afeta não apenas as pessoas com perturbações mentais, mas também o funcionamento da sociedade como um todo (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007). É uma questão central e o seu combate é uma prioridade (WHO, 2001c; Corrigan & Watson, 2007) para a promoção da procura de tratamento atempado e a redução de défices causados por problemas mentais e emocionais (WHO, 2001c). De acordo com Hinshaw (2005) este combate não será rápido ou fácil, mas não é uma tarefa impossível.

Estudos indicam que o contacto positivo e direto com membros de um grupo estigmatizado pode reduzir o preconceito e a discriminação (Stuart, 2006) e que intervenções educacionais, realizadas em escolas, têm revelado melhorias no conhecimento dos jovens sobre a perturbação mental e nas atitudes de rejeição social relativamente a pessoas com perturbações mentais (Schulze, Richter-Werling, Mats-Chinger e Angermeyer, 2003).

A adolescência surge, então, como uma fase do desenvolvimento humano pertinente para promover a literacia em saúde mental e diminuir o estigma associado aos problemas de saúde mental, sendo que,

(1) Estima-se que a maioria das perturbações mentais se desenvolva na juventude e que cerca de metade de todos os casos de diagnóstico de perturbação mental tenham tido o seu começo pelos 14 anos (Power, 2010; WHO, 2008);

(2) Existe uma elevada prevalência de problemas relacionados com a saúde mental, dados apontam para que um em cada cinco adolescentes poderá vir a sofrer de um problema de saúde mental e muitos mais poderão experienciar problemas de desenvolvimento, emocionais ou comportamentais que irão influenciar o seu funcionamento habitual (WHO, 2001c);

(3) O estigma associado a problemas de saúde mental surge em idades precoces (European Commission & Portuguese Ministry of Health, 2010);

(4) É uma fase de desenvolvimento na qual as atitudes são maleáveis e podem ser alteradas mais facilmente (Corrigan & Watson, 2007);

(5) A alteração de atitudes negativas, em crianças e adolescentes, diminui a probabilidade de estes se tornarem adultos que estigmatizam, o que pode levar no futuro a uma sociedade mais justa (Corrigan, Lurrie, Goldman, Slopen, Medasani e Phelan, 2005). A escola assume-se como um contexto privilegiado para a intervenção, como forma de aceder aos jovens (Kelly, Jorm & Wright, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde (2006, 2012), para além de conhecimentos organizados em disciplinas, a escola deve, também, educar para os valores e promover a saúde física e mental.

Em diversos países têm sido desenvolvidas iniciativas centradas no contexto escolar, designadas por *school-based interventions*, que possuem como objetivo central a promoção da saúde mental através do aumento da literacia em saúde mental e/ou da diminuição do estigma associado às perturbações mentais (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

Na Austrália, o programa “*Mindmatters*” (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000), envolveu 24 escolas secundárias-piloto e teve como objetivos 1) a criação de um ambiente propício à promoção do bem-estar e de competências psicossociais; 2) a promoção da educação para a Saúde Mental – conhecimentos, atitudes e comportamentos. A intervenção envolveu estratégias interativas, ajustadas às necessidades de cada escola, para atingir os referidos objetivos junto de professores e alunos. Um ano após a sua implementação, os professores foram questionados acerca da satisfação, com o objetivo de realizar melhorias ao programa, não tendo sido avaliada a sua eficácia.

Nos Estados Unidos da América, o programa “*MasterMind*” (Tacker & Dobie, 2008), envolveu 30 alunos do 8º ano e teve como objetivos (1) o desenvolvimento de um programa curricular, bem como de materiais relacionados com a saúde mental e (2) a implementação piloto do programa em contexto de sala de aula. Foram realizadas seis sessões semanais, com a duração de 80 minutos, nas quais se trabalharam e discutiram temas relacionados com a saúde mental e foram fornecidas estratégias para a promoção e manutenção da mesma. Para a avaliação do programa, utilizou-se uma metodologia pré-pós, através do preenchimento de dois questionários (um para o dinamizador das sessões e outro para os alunos) construídos para o efeito. Os resultados apontaram para um aumento do conhecimento dos alunos quanto às questões de saúde mental, embora este não fosse estatisticamente significativo.

No Canadá o programa “*Reaching Out To High School Youth*” (Stuart, 2006), envolveu 571 jovens entre os 14 e os 16 anos e teve como objetivo avaliar o impacto de um programa anti-estigma, constituído por duas sessões, centradas na exposição de vídeos e relatos de experiências de vida de pessoas com esquizofrenia e discussão das mesmas. Foi utilizada uma metodologia de avaliação pré-pós, através de um questionário adaptado da *World Psychiatric Association* para a avaliação de intervenções centradas na visualização de

vídeos em contexto escolar. Após a participação nas sessões, os alunos revelaram o quádruplo dos conhecimentos e o dobro da probabilidade de obterem o *score* “ideal” no que se refere à distância social, bem como na criação de imagens positivas associadas a pessoas com perturbações mentais.

Na Nova Zelândia o programa “*Travellers*” (Dickinson, Coggan & Bennett, 2003), envolveu 34 alunos dos 13 aos 14 anos e teve como objetivo a promoção do desenvolvimento saudável dos jovens através da exploração das suas experiências de mudança e do desenvolvimento de formas seguras e adaptativas de gestão de situações de mudança. Foram realizadas seis sessões semanais, com a duração de 60 a 90 minutos, implementadas pelos *counsellors* escolares e professores do clube da saúde (ambos com formação prévia). A avaliação do impacto do programa foi realizada imediatamente antes do início do programa e um mês após a implementação da última sessão. Os resultados demonstraram uma redução significativa da ansiedade e *stress* experienciados pelos alunos após a participação no programa.

Na Alemanha o programa “*Crazy? So What!*” (Schulze, Richter-Werling, Mastschinger & Angermeyer, 2003), envolveu 90 jovens entre os 14 e os 18 anos, de escolas secundárias e teve como objetivos (1) a promoção da saúde mental e (2) a redução do estigma associado a pessoas com esquizofrenia. A intervenção foi integrada na semana escolar e centrou-se no desenvolvimento de projetos; realização de trabalhos e dinâmicas; contacto com pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia; abordagem sobre as implicações da perturbação, tipos de tratamento e estigma. Foi desenhada uma metodologia de avaliação que contemplou a criação de *focus groups* para a construção da escala de avaliação da distância social, avaliação pré-pós e *follow-up* um mês após a intervenção, comparando em todas as fases os resultados com o grupo de controlo. Como principais resultados salientam-se: uma mudança significativa ao nível dos estereótipos associados à esquizofrenia, contudo, no que respeita à disponibilidade para interagir socialmente com alguém com a perturbação, não existiu um aumento estatisticamente significativo.

O programa “*Mental Health Awareness Action*” (Pinfold et al., 2003), realizado no Reino Unido, envolveu 472 alunos, dos 14 aos 15 anos de idade e teve como objetivos avaliar: (1) a eficácia de uma intervenção que visava o aumento da literacia em saúde mental e (2) o combate de estereótipos negativos associados à perturbação mental grave. A intervenção consistiu em duas sessões, com o intervalo de uma semana. A avaliação da eficácia foi realizada através de uma metodologia pré-pós e *follow-up* seis meses após o término da intervenção. Os resultados demonstraram que a intervenção teve algum impacto nas atitudes dos jovens quanto às perturbações mentais e um aumento da literacia em saúde mental no pós-teste, contudo os resultados não se mantiveram no *follow-up*.

Em contexto nacional, embora o Plano Nacional de Saúde reconheça a saúde mental como uma prioridade de saúde pública (Ministério da Saúde, 2012), ainda são escassos os programas que dão resposta a esta necessidade (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012).

O programa *UPA Faz a Diferença – Ações de sensibilização pró-saúde mental* (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012) destinado a jovens entre os 15 e os 18 anos, estabeleceu como objetivo principal contribuir para o aumento de conhecimentos sobre questões de saúde mental. Foram realizadas duas sessões, com a duração de 120 minutos cada, com um intervalo de duas semanas, onde foram abordadas e discutidas as fronteiras entre a saúde e perturbação mental, as causas e riscos das perturbações mentais, o impacto da perturbação mental, tratamentos e os prognósticos das perturbações mentais e as intenções comportamentais relativas aos problemas de saúde mental. A avaliação do impacto do programa foi realizada através de uma metodologia de avaliação pré-pós, comparando em todas as fases os resultados com o grupo de controlo. Após a implementação e avaliação da intervenção, foram obtidos os seguintes resultados: (a) aumento das perceções positivas (menos estigmatizantes), muito significativo; b) um aumento muito significativo do score global de perceções de conhecimentos e c) um aumento da consideração de mais e diferentes tipos de ajuda.

O projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental* (Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012) apresenta como objetivo central a promoção da literacia em saúde mental em jovens entre os 12 e os 14 anos. Foi desenvolvida uma intervenção, constituída por duas sessões de 90 minutos cada, implementadas com o intervalo de uma semana. A avaliação do impacto do programa é realizada através de uma metodologia de avaliação pré, pós e *follow-up* (seis meses após a implementação da intervenção), comparando em todas as fases os resultados com o grupo de controlo. Após a implementação das sessões (pós-teste) foram obtidos os seguintes resultados: (a) um aumento estatisticamente significativo nos conhecimentos sobre problemas de saúde mental; (b) um aumento estatisticamente significativo nas estratégias de autoajuda, que contribuíram para um aumento estatisticamente significativo do nível de literacia em saúde mental; e c) uma redução estatisticamente significativa dos estereótipos em relação a problemas de saúde mental (Ferreira, 2013; Pinho, 2013).

Ainda em contexto nacional, foi desenvolvido o *Feliz Mente – Educação e Sensibilização para a Saúde Mental* (Feliz Mente, 2013), que estabeleceu como objetivos centrais a promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais em adolescentes e jovens, através da melhoria da literacia em saúde mental. Para tal, foi desenvolvido um *website* para que os jovens possam encontrar informação sobre saúde mental de modo rápido e confidencial. O *website* fornece informações sobre perturbações mentais e comportamentos pró-saúde mental, tendo como objetivo a melhoria da literacia em saúde

mental, para que os jovens estejam capacitados a: (1) conhecer o modo como se podem prevenir as perturbações mentais; (2) conhecer as estratégias de autoajuda e a sua eficácia; (3) reconhecer as perturbações e os seus principais sinais e sintomas; (4) saber como se pode ajudar um amigo com problemas relacionados com a saúde mental; (5) conhecer a ajuda profissional e tratamentos disponíveis e (6) facilitar a procura de ajuda.

Em 2007, Kelly, Jorm e Wright salientam a necessidade de se considerarem os seguintes aspetos, aquando do desenvolvimento de campanhas e programas de promoção de saúde mental: (1) efetuar uma pesquisa prévia com o público-alvo para quem a mensagem será dirigida (que assegure a sua adequabilidade); (2) utilizar uma base teórica comprovada, a partir da qual a campanha será construída; (3) dividir o público-alvo em grupos relativamente homogéneos (para assegurar que as mensagens são adequadas às necessidades e preferências desses grupos); (4) conceber mensagens de forma a apelar aos diferentes grupos (e.g., as necessidades dos jovens em risco de problemas de saúde mental podem ser diferentes das necessidades dos jovens em geral); (5) colocar as mensagens nos meios de comunicação mais ajustados ao público-alvo; (6) efetuar uma avaliação para aferir se as mensagens estão a chegar ao público-alvo; e (7) avaliar as campanhas para se avaliar se os objetivos foram atingidos ou não, nomeadamente, se foram capaz de promover mudança de atitudes ou comportamentos (Kelly, Jorm & Wright, 2007). Neste sentido, apenas uma metodologia de avaliação de programas de promoção de saúde que acompanha as várias etapas do programa e os vários estádios da intervenção (*pré, pós e follow-up*) (Kelly, Jorm, & Wright, 2007; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane, & Davino, 2003), permite a constante reflexão sobre a adequabilidade do programa, a melhoria dos conteúdos e a replicabilidade dos mesmos em contextos semelhantes (Menezes, 2010; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane, & Davino, 2003).

Nos programas de promoção da literacia em saúde mental desenvolvidos com jovens, tem vindo a ser explorado o papel da variável género (Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGory, 2006; Martínez-Zambrano, García-Morales, García-Franco, Miguel, Villellas, Pascual, Arenas e Ochoa, 2013; Williams & Pow, 2007).

Cotton e colaboradores (2006) conduziram um estudo na Austrália que envolveu 1207 jovens, dos 12 aos 25 anos (55,3% do género feminino). Os dados foram recolhidos através do questionário – *Mental Health Literacy* - de Jorm e colaboradores (1997). Os resultados demonstraram que o género masculino apresentava uma dificuldade superior em reconhecer sintomas das perturbações mentais, maior relutância em procurar ajuda profissional e uma maior tendência para o uso do álcool como forma de lidar com problemas de saúde mental.

Na Escócia, Williams e Pow (2007) desenvolveram um estudo exploratório que envolveu 496 adolescentes entre os 15 e os 16 anos (49% do género masculino), que teve como objetivos compreender as diferenças de género no que se refere aos conhecimentos e atitudes em relação a pessoas com perturbação mental ou problemas de saúde mental. Os dados foram recolhidos através de um questionário construído para o efeito. Os resultados demonstraram que o género feminino apresentava níveis mais elevados de conhecimentos em questões de saúde mental e níveis mais baixos de atitudes negativas em relação a pessoas com perturbações mentais.

Os resultados obtidos por Cotton e colaboradores (2006), Williams e Pow, (2007), e outros autores (e.g., Chandra & Minkovitz, 2006; Martínez-Zambrano et al., 2013) que se dedicaram ao estudo da influência da variável género nos conhecimentos e atitudes face a pessoas com perturbações mentais e intenções de procura de ajuda demonstram a necessidade de aumentar o conhecimento dos jovens no que se refere a questões de saúde mental – especialmente no género masculino, como forma de aumentar a probabilidade de procura de ajuda atempada.

Torna-se, assim, pertinente implementar intervenções de promoção de saúde mental, destinadas, particularmente, ao aumento da literacia em saúde mental nos jovens, para que estes possam realizar escolhas mais informadas e adotar estilos de vida saudáveis como forma de prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde mental (WHO, 2008) e ajudar os outros que estão em risco de desenvolver um problema de saúde mental (Corrigan & Watson, 2002, 2007). Sendo importante avaliar a eficácia destas intervenções para que possam ser replicadas (Menezes, 2010; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane, & Davino, 2003).

O presente estudo insere-se num projeto mais amplo: “Abrir Espaço à Saúde Mental” (Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012), anteriormente referido, desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/PSI-PCL/112526/2009) e em parceria com a ENCONTRAR+SE – Associação para a Promoção da Saúde Mental. O projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” apresenta como objetivo central a promoção da literacia em saúde mental em jovens entre os 12 e os 14 anos. Foi desenvolvida uma intervenção, constituída por duas sessões de 90 minutos cada, implementadas com o intervalo de uma semana. Participaram no projeto 631 jovens (308 pertencentes ao grupo experimental e 323 ao grupo de controlo). Para avaliação do impacto da intervenção foi realizada uma pré-avaliação (uma semana antes da implementação da intervenção), uma

pós-avaliação (uma semana após a intervenção) e um *follow-up* (seis meses após a intervenção). Nestes três momentos de avaliação dos níveis de literacia em saúde mental foi utilizado o LSMq - Questionário de literacia em saúde mental (Campos & Dias, 2014; Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012).

Na próxima secção será desenvolvido um artigo<sup>1</sup> que apresenta como objetivo geral avaliar o impacto da intervenção de promoção de literacia em saúde mental, desenvolvida no âmbito do projeto “Abrir espaço à saúde mental” e aferir a influência do género.

---

<sup>1</sup> O presente estudo constitui-se como uma dissertação de mestrado para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde e foi escrito no formato de artigo.

## SECÇÃO II. ARTIGO CIENTÍFICO

### 2.1. Introdução

A saúde mental é uma componente essencial para um estado de saúde pleno, permitindo uma maior consciencialização dos indivíduos das suas próprias capacidades, permitindo-lhes fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e fornecer o seu contributo para a sua comunidade (WHO, 2010). Em acréscimo, sabe-se que a existência de problemas de saúde mental está relacionada com o aumento da mortalidade e morbilidade, diminuição do desempenho, produtividade e criatividade e da própria saúde física (WHO, 2005), afetando não só o próprio indivíduo e a sua família, como a sociedade, através do aumento dos custos para o sistema nacional de saúde (WHO, 2010).

Estima-se que, uma em cada quatro pessoas poderá vir a sofrer de uma perturbação mental ao longo da vida e cerca de 450 milhões de pessoas, a nível mundial, sofram de perturbações mentais, nomeadamente perturbações depressivas, esquizofrenia, epilepsia, perturbações de ansiedade, insónia primária ou problemas psicossociais relacionados com o abuso de álcool e drogas (WHO, 2001a).

Num estudo conduzido por Almeida e Xavier (2013) foi possível compreender que “mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista, esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte que ocupa o primeiro lugar” (Almeida & Xavier, 2013, p. 50). A atual conjuntura económica tem afetado Portugal, contribuindo para o aumento do desemprego (Procter, Papadopoulos, & McEvoy, 2010; Roca, Gili, Garcia-Campayo, & García-Toro, 2013) o que está associado a um aumento dos problemas relacionados com a saúde mental (Fernández-Rivas & González-Torres, 2013).

Nesse sentido, os sistemas de saúde de muitos países investem, atualmente, não só em estruturas destinadas ao tratamento das perturbações mentais, mas também na promoção e prevenção de problemas de saúde mental tanto em populações em risco como na população em geral (Boyle, Donald, Dean, Conrad & Mutch, 2007).

Existem, porém, duas grandes barreiras à promoção da saúde mental, a falta de conhecimentos adequados sobre questões de saúde mental (literacia em saúde mental) e o estigma associado aos problemas de saúde mental (Jorm, 2012; Pinfold, Toulmin, Thornicroft, Schulze, Richter-Werling, Mastschinger & Angermeyer, 2003).

O conceito de “*Mental Health Literacy*” refere-se aos “conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que, ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm,



Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Pollitt, 1997, p. 182) e é constituído por várias componentes, tais como: (a) conhecimentos e atitudes que potenciem o reconhecimento de problemas de saúde mental e contribuam para a sua prevenção, (b) capacidade de reconhecer os sinais/sintomas que indicam o desenvolvimento de uma perturbação mental, (c) conhecimento acerca das opções de ajuda e tratamento disponíveis; (d) conhecimento de estratégias de autoajuda eficazes para problemas de gravidade moderada de saúde mental, e (e) conhecimento sobre estratégias de primeira ajuda para apoiar alguém que está a desenvolver uma perturbação mental ou está em situação de crise (Jorm, 2000, 2012). O que significa que a existência de conhecimentos e crenças adequados sobre problemas de saúde mental estão associados (1) a uma maior capacidade – na população em geral - para prevenir problemas de saúde mental e ajudar quem necessita e (2) ao reconhecimento de sinais e sintomas relacionados com problemas de saúde mental e procura de ajuda atempada (Corrigan & Watson, 2007; Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly & Kitchener, 2006; Kelly, Jorm & Wright, 2007).

As intervenções centradas no aumento dos conhecimentos podem ter um impacto positivo na alteração de atitudes estigmatizantes, sendo que, conhecimentos adequados estão associados ao desenvolvimento de crenças adequadas sobre problemas de saúde mental, o que pode prevenir o desenvolvimento de estereótipos (Jorm, 2012; Skre, Friberg, Breivik, Johnsen, Arnesen, Arfwedson & Wang, 2013) – componente central da definição de estigma - e que diz respeito às crenças negativas face à pessoa/grupo com perturbação mental (e.g., perigosidade, incompetência, imprevisibilidade, responsabilização) (Corrigan & Watson, 2002).

A adoção de atitudes estigmatizantes está associada a vários riscos: (1) à dificuldade em perceber sinais/sintomas iniciais - no próprio e nos outros - relativos a problemas de saúde mental, devido à vergonha sentida (Hinshaw, 2005; Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005); (2) à redução da probabilidade de procura de ajuda profissional, comprometimento com o tratamento e consequente eficácia do mesmo e dificuldade em ajudar quem necessita (Corrigan & Watson, 2007; Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly & Kitchener, 2006); e (3) à rejeição e consequente isolamento das pessoas com problemas de saúde mental ou perturbação mental (Corrigan, Powell & Rusch, 2012; Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Assim, o aumento da literacia da população em questões de saúde mental e o combate ao estigma constituem-se uma prioridade (Corrigan & Watson, 2007).

Estrategicamente faz sentido que as intervenções sejam realizadas o mais cedo possível, já que idades precoces estão mais predispostas à aprendizagem e à mudança, em que as atitudes ainda são maleáveis e podem ser alteradas mais facilmente (Corrigan &

Watson, 2007; Graham & Power, 2004; Hinshaw, 2005). A adolescência surge, então, como uma fase crucial para promover a saúde mental e o bem-estar psicológico (Graham & Power, 2004). Esta é também uma fase caracterizada pela maior exposição ao *stress* e risco que pode, potencialmente, conduzir ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (Graham & Power, 2004; Schulze, Richter-Werling, Mastschinger & Angermeyer, 2003). A escola constitui-se como um contexto privilegiado de acesso aos jovens (Kelly, Jorm & Wright, 2007) e assume-se como um contexto favorável ao bem-estar dos jovens e potenciador de mudança (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000).

Nesse sentido, em diversos países têm sido desenvolvidas iniciativas centradas no contexto escolar, designadas por *school-based interventions*, que possuem como objetivo central a promoção da saúde mental através do aumento da literacia em saúde mental e/ou da diminuição do estigma associado às perturbações mentais (Campos, Palha, Dias & Costa, 2012). Contudo, em contexto nacional embora tenha sido reconhecida, pelo Ministério da Saúde (2006), a importância da promoção da saúde mental nas escolas, considerando-a como uma área de intervenção prioritária para a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco (e.g., abuso de álcool), são escassas as intervenções sistematizadas de promoção de saúde mental na comunidade escolar (Campos, Palha, Dias, & Costa, 2012).

Para além do desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental, é necessário que seja avaliado qual foi o seu impacto de forma clara e consistente, o que nem sempre se verifica (e.g., Mindmatters (Wyn, Cahill, Holdsworth, Rowling & Carson, 2000) (Menezes, 2010; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane, & Davino, 2003). De acordo com Kelly, Jorm e Wright, (2007), a avaliação dos programas/campanhas de promoção ou prevenção deve ser realizada como forma de averiguar se os objetivos foram atingidos ou não, nomeadamente, se foram capaz de promover mudança ao nível dos conhecimentos, atitudes ou comportamentos.

Nesse sentido, programas como o *UPA Faz a Diferença – Ações de sensibilização pró-saúde mental* (Campos et al., 2012) e o *Crazy? So What!* (Schulze et al., 2003) recorreram a uma metodologia de avaliação pré-pós intervenção e à comparação entre grupos (grupo experimental e grupo de controlo). Este tipo de metodologia permite avaliar se os objetivos foram alcançados, nomeadamente se existiu uma alteração ao nível dos conhecimentos, atitudes ou comportamentos (WHO, 2001b).

Contudo, este tipo de metodologia não nos permite perceber se os resultados do programa se mantiveram ao longo do tempo e, portanto, se o programa foi eficaz a longo-prazo. Diversos autores (e.g., Kelly, Jorm, & Wright, 2007; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane, & Davino, 2003) têm sugerido que a avaliação dos

programas de promoção e prevenção deve ser feita a vários níveis, acompanhando inclusive as mudanças associadas à passagem do tempo, e que a não inclusão do *follow-up* torna impossível a tarefa de avaliar durante quanto tempo os resultados alcançados vão durar Stuart (2006). Contudo, diversos programas não contemplaram o *follow-up*, como o *Mindmatters* (Wyn et al., 2000), o *MasterMind* (Tacker & Dobie, 2008) e o “*Reaching Out To High School Youth*” (Stuart, 2006).

Programas como o *Travellers* (Dickinson et al., 2003) e o *Crazy? So What!* (Schulze et al., 2003), contemplaram o *follow-up*, como parte integrante da metodologia de avaliação do programa, um mês após a implementação da intervenção. Em oposição, Gottfredson e Wilson (2003) referem que um *follow-up* mais distanciado no tempo poderá ser mais útil, pois será capaz de detetar as reais diferenças realizadas pelo programa.

Nesse sentido, programas como o *Abrir Espaço à Saúde Mental* (Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012) e o *Mental Health Awareness Action* (Pinfold, Toulmin, Thornicroft, Huxley & Graham, 2003) realizaram avaliações seis meses após o término da intervenção, como forma de compreender o impacto do programa ao longo do tempo.

De forma geral, é possível perceber nos programas que contemplaram a etapa de avaliação referente ao *follow-up*, um decréscimo dos resultados positivos obtidos pelo grupo experimental no pós-teste (Pinfold et al., 2003; Dickinson et al., 2003; Schulze et al., 2003).

Nos programas que têm sido desenvolvidos, centrados na promoção da literacia em saúde mental nos jovens, tem sido explorado o papel da variável género (Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGory, 2006; Martínez-Zambrano, García-Morales, García-Franco, Miguel, Villellas, Pascual, Arenas e Ochoa, 2013; Williams & Pow, 2007). Os resultados sugerem que o género feminino apresenta níveis mais elevados de literacia em saúde mental (e.g., Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton et al., 2006; Martínez-Zambrano et al., 2013; Williams & Pow, 2007), o que está associado a atitudes mais positivas e menos estereótipos em relação a pessoas com perturbação mental, em comparação com o género masculino. O género masculino apresentava uma dificuldade superior em reconhecer sintomas das perturbações mentais, maior relutância em procurar ajuda profissional e uma maior tendência para o uso do álcool como forma de lidar com problemas de saúde mental (Cotton et al., 2006; Williams & Pow, 2007; Skre, Friborg, Breivik, Johnsen, Arnesen, & Wang, C., 2013). Após a intervenção (*pós-teste e follow-up*) é igualmente no género feminino que se verificam alterações estatisticamente significativas no que respeita à diminuição de crenças e estereótipos negativos acerca de pessoas com perturbação mental (Pinfold et al., 2003).

Estes resultados reforçam, assim, a necessidade de aumentar os níveis de literacia nos jovens.

O presente artigo apresenta os resultados relativos ao impacto da intervenção de promoção de literacia em saúde mental, desenvolvida no âmbito do projeto *Abrir Espaço à Saúde Mental*. Possui como objetivos específicos 1) comparar os níveis de literacia em saúde mental nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e *follow-up*) e 2) compreender o papel da variável género nos níveis de literacia em saúde mental nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e *follow-up*).

Tendo em conta os objetivos supramencionados, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- (1) Após seis meses da intervenção de promoção de saúde mental, os resultados mantêm-se?
- (2) De que forma os níveis de literacia em saúde mental se alteraram nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e *follow-up*)?
- (3) Qual o papel do género nos resultados obtidos seis meses após a intervenção de promoção de saúde mental?

## **2.2. Método**

### **2.2.1. Amostra**

Foi selecionada uma amostra por conveniência, constituída por 160 jovens<sup>2</sup> com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos ( $M_{idade}=12.92$  e  $DP=.931$ ), 52.9,5% do género feminino, a frequentar o 7º ano ( $n=46$ , 28.7%), o 8º ano ( $n=62$ , 35.8%) e o 9º ano de escolaridade ( $n=52$ ; 32.5%), em seis escolas públicas ( $n=95$ ; 59.4%) e duas escolas privadas ( $n=65$ ; 40.6%), da zona norte de Portugal. A maioria dos participantes residia na cidade do Porto (56.9%). Quanto aos encarregados de educação dos participantes, 89.9 % encontravam-se empregados, sendo as profissões mais comuns, professor (13.7%), engenheiro (7.2%) e médico (5.2%). Quanto ao conhecimento de alguém com um problema de saúde mental, 77 participantes (48,1%) referiram conhecer, sendo as pessoas identificadas, na sua maioria, amigos (46.7%) e familiares (40.0%).

### **2.2.2. Instrumento**

Para avaliação do impacto da intervenção de promoção de saúde mental foi utilizado O *LSMq - Questionário de literacia em saúde mental*, construído no âmbito do projeto “*Abrir Espaço à Saúde Mental*” (Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012; Campos & Dias, 2014).

---

<sup>2</sup> Os participantes do presente estudo participaram na intervenção de promoção de saúde mental desenvolvida no projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental” sendo, por isso, pertencentes ao grupo experimental.

O *LSMq* é constituído por *duas* secções: a primeira secção, na qual são recolhidos dados sociodemográficos, nomeadamente a data de nascimento, género, ano de escolaridade e área de residência dos jovens; e profissão e situação profissional dos encarregados de educação. Nesta secção são ainda colocadas três questões relativas ao conhecimento de alguém com perturbação mental, identificação da perturbação/problema de saúde mental e relação com a pessoa identificada.

A segunda secção avalia a literacia em saúde mental, sendo constituída por 33 itens de escolha múltipla, numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (de 1=discordo muito a 5=concordo muito), organizados em 3 dimensões: (1) Conhecimentos/Estereótipos sobre Problemas de Saúde Mental (18 itens no total: 3, 4, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 31); (2) Procura de Ajuda e Comportamentos de 1ª Ajuda (10 itens: 5, 10, 20, 1, 6, 8, 13, 19, 24, 29); (3) Estratégias de Autoajuda (5 itens: 2, 9, 21, 30, 32).

O questionário avalia: (1) os conhecimentos sobre questões de saúde mental, nomeadamente características gerais de problemas de saúde mental, prevalência, sinais e sintomas, fatores de risco das perturbações mentais, bem como fatores protetores/promotores da saúde mental; (2) conhecimentos relativos a três perturbações mentais específicas – depressão, ansiedade e esquizofrenia; (3) estereótipos associados às perturbações mentais; e (4) intenções comportamentais (predisposição para ajudar; comportamentos promotores da saúde mental/estratégias de autoajuda; comportamentos promotores da procura de ajuda formal e/ou informal). Para a etapa do *follow-up* foram acrescentadas três questões ao questionário, de forma a confirmar a participação nas sessões de intervenção e aferir a satisfação com a intervenção e sugestões de melhoria.

O *LSMq* apresenta bons níveis de consistência interna (score total -  $\alpha=0.84$ ; Fator 1 comportamentos de 1ª ajuda e procura de ajuda -  $\alpha=0.79$ ; Fator 2 conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental -  $\alpha=0.78$ ; e Fator 3 estratégias de autoajuda -  $\alpha=0.72$ ); e excelente fidelidade teste-reteste, o ICC (*intra-class correlation*) para o score total do *LSMq* foi de 0.88 e para os três fatores foi de 0.80 (Fator 1), 0.90 (Fator 2) e 0.86 (Fator 3) (Campos & Dias, 2014).

### **2.2.3. Procedimentos**

#### **2.2.3.1. Procedimentos de Recolha de Dados**

A recolha de dados foi realizada através do *LSMq - Questionário de literacia em saúde mental* (Campos, Palha, Dias, Veiga, & Duarte, 2012; Campos & Dias, 2014) - aplicado uma semana antes (pré-teste, uma semana após (pós-teste) e seis meses após a intervenção

(*follow-up*). A aplicação do LSMq foi realizada em contexto de sala de aula, por um dos membros da equipa de investigação do Projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental”.

De forma a salvaguardar as questões éticas da investigação, foram solicitadas autorizações à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), à Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) e ao departamento de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) e às escolas. Foram, igualmente, assinados consentimentos informados pelos encarregados de educação e pelos alunos e reforçados os aspetos relativos à confidencialidade.

#### **2.2.3.2. Procedimentos de Análise de Dados**

Os dados recolhidos<sup>3</sup> foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS v.21)<sup>4</sup>.

Foram recodificados os itens 7, 12, 15, 17, 24, 26, que se encontravam invertidos. Foram obtidos o score total de literacia em saúde mental (soma dos valores de todos os itens dividida pelo número total de itens), bem como os scores totais das três dimensões relativas ao LSMq (soma dos valores totais de cada dimensão dividida pelo número de itens de cada dimensão). Valores mais elevados (superiores a 3,5) estão associados a níveis de literacia em saúde mental mais elevados.

Recorreu-se à estatística descritiva para análise dos dados sociodemográficos.

A avaliação do impacto da intervenção foi realizada através da comparação dos níveis de literacia em saúde mental nos diferentes momentos de avaliação - pré, pós e *follow-up*. Para tal procedeu-se à realização Testes T para amostras emparelhadas. Para estudar o papel da variável género no impacto da intervenção realizaram-se Testes T para amostras independentes.

Recorreu-se, ainda, ao General Linear Model (GLM) para avaliar a interação entre os fatores momento da avaliação (pré, pós e *follow-up*) e o género (masculino e feminino). Para a análise do GLM, foram tidas em consideração as diferenças de médias (MD) e os intervalos de confiança (a 95%). Para determinar se existiam diferenças em cada género em relação ao momento da avaliação, considerou-se que uma diferença de médias negativas está associada a um aumento dos valores, em relação ao momento de avaliação anterior; e para determinar se existiam diferenças entre os géneros nos vários momentos de avaliação

---

<sup>3</sup> Os dados foram recolhidos pela Mestre Ana Duarte com a colaboração da investigadora do presente estudo e da mestranda Márcia Vasconcelos.

<sup>4</sup> Os dados foram inseridos no IBM SPSS v.21 pela investigadora do presente estudo e pela mestranda Márcia Vasconcelos.

foram analisados os intervalos de confiança de ambos os géneros, sendo que quando estes se intercetam não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros.

No que respeita aos níveis de significância estatística, foi considerado um nível de  $p < .05$ .

### 2.3. Resultados

Os resultados relativos ao estudo do impacto da intervenção de promoção de saúde mental serão apresentados através 1) da comparação dos scores nos 3 momentos de avaliação; e 2) da exploração do papel da variável género no impacto da intervenção.

#### 1) Comparação dos níveis de literacia em saúde mental nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up)

*Níveis de literacia em saúde mental (score total) nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up)*

No que se refere ao nível de literacia em saúde mental (score total), verificou-se um aumento estatisticamente significativo do pré-teste para o pós-teste. Do pós-teste para o follow-up, os níveis de literacia em saúde mental diminuíram de forma estatisticamente significativa e do pré-teste para o follow-up, verificou-se um aumento estatisticamente significativo do nível de literacia em saúde mental (Cf. Tabela 1).

Tabela 1.

*Diferenças entre o pré-teste, pós-teste e o follow-up quanto ao nível de literacia em saúde mental – score total.*

Pré-Teste - Pós-Teste			Pós-Teste - Follow-Up			Pré-Teste - Follow-Up		
n	Média (DP)	t (159)	n	Média (DP)	t (159)	n	Média (DP)	t (159)
160	117.87 (7.70) 125.32 (8.58)	-10.800***	160	125.32 (8.58) 122.93 (8.92)	3.704***	160	117.87 (7.70) 122.93 (8.92)	-6.666***

\*\*\* $p < .001$

*Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up)*

Verificou-se um aumento estatisticamente significativo relativo ao score dos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental do pré-teste para o pós-teste, contudo, do pós-teste para o *follow-up* verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa. Do pré-teste para o *follow-up* verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos conhecimentos e diminuição dos estereótipos sobre problemas de saúde mental (Cf. Tabela 2).

Tabela 2.

*Diferenças entre o pré-teste, pós-teste e o follow-up quanto aos Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental*

Pré-Teste - Pós-Teste			Pós-Teste - Follow-Up			Pré-Teste - Follow-Up		
n	Média (DP)	t (159)	n	Média (DP)	t (159)	n	Média (DP)	t (159)
160	59.57 (4.05) 64.29 (4.42)	-4.719***	160	64.29 (4.42) 62.58 (4.54)	1.706***	160	59.57 (4.05) 62.58 (4.54)	-3.013***

\*\*\*p<.001

*Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up)*

Não foram verificadas alterações estatisticamente significativas no que se refere ao score da dimensão Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda do pré-teste para o pós-teste, do pós-teste para o *follow-up* e do pré para o *follow-up* (Cf. Tabela 3).

Tabela 3.

*Diferenças entre o pré-teste, pós-teste e o follow-up quanto à Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda*

Pré-Teste - Pós-Teste			Pós-Teste - Follow-Up			Pré-Teste - Follow-Up		
n	Média (DP)	t (159)	n	Média (DP)	t (159)	n	Média (DP)	t (159)
160	38.97 (3.82) 39.56 (4.33)	-.5875	160	39.56 (4.33) 39.29 (4.53)	.2625	160	38.97 (3.82) 39.29 (4.53)	-.3250

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

*Estratégias de autoajuda nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up)*



Verificou-se um aumento estatisticamente significativo no score das Estratégias de autoajuda do pré-teste para o pós-teste, não existiram alterações significativas do pós-teste para o *follow-up*, e um aumento estatisticamente significativo do pré-teste para o *follow-up* (Cf. Tabela 4).

Tabela 4.

*Diferenças entre o pré-teste, pós-teste e o follow-up quanto aos Estratégias de autoajuda – score total*

Pré-Teste - Pós-Teste			Pós-Teste - Follow-Up			Pré-Teste - Follow-Up		
n	Média (DP)	t (159)	n	Média (DP)	t (159)	n	Média (DP)	t (159)
160	19.33 (2.92)	-2.144***	160	21.48 (2.73)	.4188	160	19.33 (2.92)	-1.725***
	21.48 (2.73)			21.06 (3.08)			21.06 (3.08)	

\*\*\*p<.001

De seguida serão apresentados os resultados relativos à exploração do papel da variável género no impacto da intervenção, com recurso ao General Linear Model (GLM).

## 2) Papel da variável género nos níveis de literacia em saúde mental nos diferentes momentos de avaliação da intervenção (pré, pós e follow-up)

No que se refere aos níveis de literacia em saúde mental (score total), verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos mesmos, do pré-teste para o pós-teste e do pré-teste para o *follow-up*, em ambos os géneros, não se verificando diferenças significativas entre os géneros. Do pós-teste para o *follow-up* verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de literacia em saúde mental no género feminino e no género masculino não se verificaram alterações estatisticamente significativas, apesar destas diferenças não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros no momento do *follow-up* (cf. Tabela 5 e 6).

Na 1ª Dimensão – Conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental – verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos conhecimentos e diminuição dos estereótipos, do pré-teste para o pós-teste, em ambos os géneros. Apesar do aumento significativo em ambos os géneros são verificadas diferenças entre géneros, sendo que, é no género feminino que se verifica uma maior alteração em relação aos conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental. Do pré-teste para o *follow-up*, verificou-se, igualmente, um aumento estatisticamente significativo nos conhecimentos e diminuição dos estereótipos em ambos os géneros, não tendo sido verificadas diferenças

entre os géneros. Do pós-teste para o *follow-up* não se verificaram alterações estatisticamente significativas nos conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental no género masculino, no entanto, no género feminino verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental, não sendo verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros no momento do *follow-up* (cf. Tabela 5 e 6).

Na 2ª Dimensão – Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda – não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no género feminino e masculino, do pré-teste para o pós-teste, do pós-teste para o *follow-up* e do pré-teste para o *follow-up* (Cf. Tabela 5 e 6).

Na 3ª Dimensão – Estratégias de autoajuda – verificou-se um aumento estatisticamente significativo das mesmas, do pré-teste para o pós-teste e do pré-teste para o *follow-up*, em ambos os géneros, não se verificando diferenças significativas entre os géneros. Do pós-teste para o *follow-up* não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de autoajuda no género masculino e feminino, nem entre os géneros (cf. Tabela 5 e 6).

Tabela 5.

*Diferenças de género, nos momentos pré, pós e follow-up.*

		Masculino			Feminino		
		n	Média	Desvio-Padrão	n	Média	Desvio-Padrão
Literacia em saúde mental	Pré	74	118,0676	7,51862	83	117,8916	7,92651
	Pós	74	123,5541	8,45316	83	126,8675	8,53797
	FU	74	122,6622	9,43075	83	123,0241	8,55823
Conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental	Pré	74	60,3514	4,14277	83	58,9880	3,81107
	Pós	74	63,5946	4,35078	83	64,8795	4,47322
	FU	74	62,7973	4,71947	83	62,3976	4,34752
Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda	Pré	74	38,2838	3,45031	83	39,6265	4,03555
	Pós	74	38,6351	4,21860	83	40,3735	4,30176
	FU	74	38,6757	4,57841	83	39,7470	4,43336
Estratégias de autoajuda	Pré	74	19,4324	3,03893	83	19,2771	2,82115
	Pós	74	21,3243	2,76528	83	21,6145	2,71325
	FU	74	21,1892	3,34613	83	20,8795	2,80851

Tabela 6.

*Diferenças entre gêneros, entre os momentos pré-pós, pré-follow-up e pós-follow-up.*

			Masculino			Feminino		
			md	IC95%	p-value*	md	IC95%	p-value*
Literacia em Saúde Mental	Pré	Pós	-5,486	-7,882; -3,091	<0.001	-8,976	-11,238; -6,714	<0.001
	Pré	FU	-4,595	-7,275; -1,914	<0.001	-5,133	-7,663; -2,602	<0.001
	Pós	FU	.892	-1,379; 3,163	1,000	3,843	1,699; 5,988	<0.001
Conhecimentos/ estereótipos sobre problemas de saúde mental	Pré	Pós	-3,243	-4,604; -1,883	<0.001	-5,892	-7,176; -4,607	<0.001
	Pré	FU	-2,446	-3,872; -1,019	<0.001	-3,410	-4,757; -2,063	<0.001
	Pós	FU	.797	-.564; 2,159	.475	2,482	1,196; 3,768	<0.001
Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda	Pré	Pós	-.351	-1,468; .766	1,000	-.747	-1,802; .308	.265
	Pré	FU	-.392	-1,640; .856	1,000	-.120	-1,299; 1,058	1.000
	Pós	FU	-.041	-1,168; 1,087	1,000	.627	-.438; 1,691	.469
Estratégias de autoajuda	Pré	Pós	-1,892	-2,721; -1,062	<0.001	-2,337	-3,121; -1,554	<0.001
	Pré	FU	-1,757	-2,691; -.823	<0.001	-1,602	-2,484; -.721	<0.001
	Pós	FU	.135	-.665; .935	1.000	.735	-.020; 1,490	.059

#### 4. Discussão

O presente estudo envolveu 160 participantes e teve como objetivos centrais, avaliar o impacto de uma intervenção de promoção de literacia em saúde mental nos momentos pós intervenção (pós-teste e *follow-up* de seis meses), bem como a influência do género.

Os jovens que participaram no presente estudo apresentavam, antes da intervenção, bons níveis de literacia em saúde mental (score total), o que poderá ser explicado por diferentes características da amostra.

Cerca de metade da amostra referiu possuir proximidade a alguém com um problema de saúde mental. Esta variável tem sido estudada por diversos autores, como sendo um dos fatores que mais exerce influência sobre o nível de literacia em saúde mental. A proximidade a alguém com um problema de saúde mental está associada a uma maior adequabilidade das informações relativas a questões de saúde mental, das crenças e atitudes face a pessoas com doença mental, a um menor número de atitudes estigmatizantes e crenças de perigosidade e com a aceitação das pessoas com perturbação mental e da procura de ajuda atempada (Martínez-Zambrano, García-Morales, García-Franco, Miguel, Villellas, Pascual, Arenas & Ochoa, 2013).

Os bons níveis de literacia em saúde mental, observados no pré-teste, podem ser, igualmente, explicados em parte pelo nível de educação parental, uma vez que a maioria dos encarregados de educação se encontrava empregado, possuindo profissões diferenciadas; bem como pelo nível socioeconómico, dado que 40.6% dos jovens estudava em escolas privadas. Um nível socioeconómico e educacional parental elevado poderá estar relacionado com níveis mais elevados de literacia em saúde mental (Von dem Knesebeck, Mnich, Daubmann, Wegscheider, Angermeyer, Lambert, Karow, & Kofahl, 2013).

Da pré-intervenção (pré-teste) para os momentos pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) verificou-se um aumento estatisticamente significativo do score total de literacia em saúde mental. Estes resultados sugerem um impacto positivo da intervenção, à semelhança de outros programas centrados na promoção de literacia em saúde mental (e.g., Pinto-Foltz, Logsdon, & Myers, 2011; Skre, et al., 2013), enfatizando-se, assim, a importância da implementação de programas em contexto escolar (Jorm, 2012), com jovens, uma vez que idades precoces são mais suscetíveis à aprendizagem e à mudança (Corrigan & Watson, 2007; Graham & Power, 2004; Hinshaw, 2005).

Não obstante, os resultados positivos anteriormente referidos, deverá ser salientada a diminuição estatisticamente significativa dos níveis de literacia em saúde mental entre os momentos após a intervenção - pós-teste e o *follow-up*. Neste ponto, torna-se pertinente referir que programas que contemplaram o *follow-up* obtiveram resultados semelhantes (e.g., Pinfold et al., 2003; Schulze, Richter-Werling, Mastschinger & Angermeyer, 2003). Esta diminuição dos resultados poderá ser explicada pela duração e regularidade da intervenção, sendo que, é sugerido que intervenções mais longas no tempo estão associadas a uma maior manutenção dos resultados ao longo do tempo (Schulze, Richter-Werling, Mastschinger & Angermeyer, 2003).

Numa análise mais detalhada relativa ao impacto da intervenção desenvolvida, e no que se refere à Dimensão 1 – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental* - verificaram-se, no pré-teste, bons níveis de conhecimentos sobre problemas de saúde mental e estereótipos reduzidos. Estes resultados vão de encontro ao que tem vindo a ser sugerido na literatura, no que se refere à associação entre um nível elevado de conhecimentos e um nível baixo de estereótipos (Jorm, 2012; Skre et al., 2013).

Comparando-se os resultados da pré-intervenção para os momentos pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental e uma diminuição dos estereótipos associados a problemas de saúde mental. De acordo com Pinfold e colaboradores (2003) as

intervenções curtas são capazes de produzir resultados positivos ao nível do aumento dos conhecimentos, após a intervenção.

Contudo, verificou-se entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*), que estes resultados não se mantiveram no tempo, assistindo-se a uma diminuição estatisticamente significativa dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental. Schulze, Richter-Werling, Mastschinger e Angermeyer (2003) acrescentam que embora intervenções curtas sejam capazes de produzir resultados positivos ao nível do aumento dos conhecimentos, após a intervenção, para estes resultados se manterem ao longo do tempo as intervenções têm de ser mais longas e com maior regularidade.

Quanto aos resultados obtidos na Dimensão 2 – *Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda* – observaram-se bons níveis no score relativo à intenção de procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda no momento anterior à intervenção (pré-teste), o que poderá estar relacionado, tal como sugerido na literatura, com os níveis elevados de conhecimentos sobre problemas de saúde mental e o nível reduzido de estereótipos associados a problemas de saúde mental. De acordo com Skre, Friberg, Breivik, Johnsen, Arnesen, Arfwedson e Wang (2013), quanto mais elevados forem os conhecimentos sobre problemas de saúde mental, maior a probabilidade de reconhecimento de sinais e sintomas e, logo, maior a probabilidade de procura de ajuda; quanto menores forem os estereótipos associados às perturbações de saúde mental menor será a vergonha na procura de ajuda (Hinshaw, 2005; Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Comparando-se os resultados da pré-intervenção para os momentos pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) não se verificaram alterações significativas na procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda. MacLean, Hunt e Sweeting (2013), concluíram, no seu estudo, que esta é uma das componentes – do conceito de literacia em saúde mental – mais difíceis de alterar, sendo tanto as raparigas como os rapazes demonstravam uma relutância superior em procurar ajuda para problemas de saúde mental em comparação com problemas de saúde física.

Entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*) não se verificaram, igualmente, alterações significativas na procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda. Estes resultados poderão dever-se ao facto de já se verificarem bons níveis no score relativo à intenção de procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda no momento anterior à intervenção.

No que se refere à Dimensão 3 – *Estratégias de autoajuda* – verificaram-se, igualmente, bons níveis no momento anterior à intervenção (pré-teste). Estes resultados

poderão ser explicados, como é sugerido pela literatura, pelo facto de a população em geral apresentar uma maior tendência a ter mais conhecimentos e predisposição para recorrer a estratégias de autoajuda – alterar a dieta alimentar, realizar exercício físico, procurar ajuda de um familiar ou amigo (Bourget Managment Conse ling, 2007; Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly, & Kitchener, 2006).

Entre a pré-intervenção e os momentos pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos conhecimentos de estratégias de autoajuda. Skre e colaboradores (2013) verificaram igualmente um aumento nas estratégias de autoajuda após a intervenção. Estes resultados podem ser explicados pela forma positiva como os jovens, e a população em geral, encaram a utilização de estratégia de autoajuda e demonstram interesse em aprender novas formas de autoajuda, como forma de *coping* para lidar com as adversidades decorrentes de problemas de saúde mental – como a ansiedade (Jorm, 2012).

Entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de autoajuda, o que sugere que os resultados positivos obtidos após a intervenção (pós-teste) se mantiveram ao longo do tempo (*follow-up* de seis meses). Este resultado poderá ser explicado pela positividade com que os jovens encaram as estratégias de autoajuda e regularidade com que são praticadas (Bourget Managment Conse ling, 2007; Jorm, 2012; Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly, & Kitchener, 2006).

Quanto à variável género é possível observar que, no momento anterior à intervenção, as raparigas e os rapazes apresentavam níveis de literacia em saúde mental muito próximos, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre si. Por oposição, diversos autores têm encontrado nos seus estudos diferenças significativas antes da intervenção de promoção de literacia em saúde mental, sendo que, são as raparigas que apresentam níveis superiores de literacia em saúde mental (e.g., Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton et al., 2006; Martínez-Zambrano et al., 2013; Williams & Pow, 2007).

Comparando-se os resultados da pré-intervenção para os momentos pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) verificou-se um aumento estatisticamente significativo dos níveis de literacia em saúde mental, tanto nas raparigas como nos rapazes, não se verificando diferenças entre géneros. Mais uma vez, embora a literatura indique que a intervenção tende a ter um maior impacto nas raparigas (e.g., Martínez-Zambrano et al., 2013; Skre et al., 2013), no presente estudo verificou-se um impacto positivo em ambos os géneros. Entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*), não se verificaram, mais uma vez,

diferenças entre os géneros nos níveis de literacia em saúde mental, não existindo diferenças de género na manutenção dos resultados.

Estes resultados poderão ser explicados por características da amostra, pois, ao contrário de outros estudos, esta constitui-se como uma amostra muito homogénea, que, como foi referido anteriormente, caracteriza-se por habilitações académicas de nível superior e profissões diferenciadas por parte dos encarregados de educação, um nível socioeconómico elevado e um meio de habitação urbano.

No que se refere à Dimensão 1 – *Conhecimentos/Estereótipos sobre problemas de saúde mental* – não foram verificadas diferenças significativas entre os géneros no momento anterior à intervenção. Por oposição, estudos que avaliaram especificamente esta dimensão, perceberam que os rapazes apresentam níveis mais baixos de conhecimentos sobre problemas de saúde mental (Chandra & Minkovitz, 2006). O facto destes resultados não se verificarem no presente estudo, poderá estar relacionado com o facto da maioria dos encarregados de educação dos rapazes que participaram no estudo apresentarem um nível elevado de habilitações académicas, o que está associado a níveis mais elevados de literacia em saúde mental (Von dem Knesebeck, Mnich, Daubmann, Wegscheider, Angermeyer, Lambert, Karow, & Kofahl, 2013).

Entre a pré-intervenção e os momentos pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) foi verificado em ambos os géneros um aumento estatisticamente significativo dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental, não se verificando diferenças entre géneros. Embora este aumento seja significativo para ambos os géneros, no pós-teste é nas raparigas que este aumento é maior. Isto pode ser explicado pela maior prevalência de problemas de saúde mental e perturbações mentais, no geral, no género feminino (WHO, 2011), que poderá estar associado a uma maior sensibilização para o tema e atenção nas sessões de intervenção; em acréscimo, a investigação indica que os rapazes consideram os problemas de saúde mental pouco significativos (Cotton et al., 2006).

Entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*), não se verificaram diferenças entre os géneros nos conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental, não existindo diferenças de género na manutenção dos resultados.

Estes resultados, mais uma vez, poderão ser explicados pela homogeneidade da amostra.

Quanto aos resultados obtidos na Dimensão 2 – *Procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda* – não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, no momento anterior à intervenção. Estes resultados não vão de encontro ao que é sugerido

na literatura, que refere que, em comparação com as raparigas, os rapazes demonstram menores intenções de procura de ajuda e menor probabilidade de ajudar alguém que necessita, o que pode ser explicado (e reforçado) por crenças de género veiculadas pela sociedade em geral (e.g., a crença de que o género masculino não deve demonstrar fraqueza) (Chandra & Minkovitz, 2006).

Entre a pré-intervenção e os momentos pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) não são evidenciadas diferenças estatisticamente significativas quando à procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda em ambos os géneros, não se verificando diferenças entre géneros. Entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*), não são evidenciadas diferenças estatisticamente significativas quando à procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda em ambos os géneros, e não se verificam, igualmente, diferenças entre géneros.

Estes resultados permitem compreender que não existiram diferenças entre géneros em nenhum dos três momentos da avaliação, no que se refere à procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda. Esta semelhança entre géneros na procura de ajuda e comportamentos de 1ª ajuda poderá estar associada à semelhança entre géneros, igualmente verificada nos conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental. De acordo com Jorm (2000, 2012), bons níveis de conhecimentos sobre problemas de saúde mental estão associados a uma diminuição dos estereótipos e por acréscimo, da diminuição da vergonha para procurar ajuda (Hinshaw, 2005; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005) e uma maior consciencialização sobre como ajudar os outros.

No que atende à Dimensão 3 – *Estratégias de autoajuda* - não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros no momento anterior à intervenção. Estes resultados são consistentes com o que é veiculado pela literatura, que sugere que tanto o género masculino como o feminino apresentam uma maior predisposição para recorrer a estratégias de autoajuda (Bourget Managment Conseling, 2007; Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly, & Kitchener, 2006).

Entre a pré-intervenção e os momentos pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas das estratégias de autoajuda entre géneros. Entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*), não são evidenciadas, igualmente, diferenças estatisticamente significativas quando às estratégias de autoajuda, não se verificando diferenças entre géneros. De acordo com Jorm (2012), a utilização de estratégias de autoajuda é encarada de forma positiva pelos jovens de ambos os géneros, demonstrando interesse em recorrer e aprender novas formas de autoajuda (Jorm, 2012)



Como principais conclusões salienta-se o impacto muito positivo nos níveis de literacia em saúde mental e especificamente, nos conhecimentos e estereótipos associados a problemas de saúde mental e nas estratégias de autoajuda, entre a primeira fase de avaliação (pré-teste) e a última fase de avaliação da intervenção (*follow-up*). Resultados estes, que têm sido alcançados por outros programas realizados em contexto escolar que tiveram como objetivo aumentar o nível de literacia em saúde mental (e.g., Cotton et al., 2006; Skre et al., 2013). Contudo, entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*) assistiu-se a uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de literacia em saúde mental, particularmente, dos conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental.

No que atende à influência da variável género nos resultados, salienta-se que não foram verificadas diferenças significativas entre os géneros quer no momento anterior à intervenção (pré-teste), quer nos momentos posteriores à intervenção (pós-teste e *follow-up*), concluindo-se que a intervenção teve um impacto muito positivo em ambos os géneros, nos níveis de literacia em saúde mental e especificamente, nos conhecimentos e estereótipos associados a problemas de saúde mental e nas estratégias de autoajuda, entre a primeira fase de avaliação (pré-teste) e a última fase de avaliação da intervenção (*follow-up*), embora estes resultados não se mantivessem no *follow-up*.

Os resultados deste estudo devem ser compreendidos no contexto de algumas limitações. Em particular, salientam-se como limitações o tamanho da amostra, que não permite ser representativa da população portuguesa e a homogeneidade da mesma, em termos de localização habitacional, nível socioeconómico e habilitações literárias dos pais, o que poderá ter condicionado os resultados do estudo. Apesar destas limitações, este constitui-se como um dos poucos estudos em contexto nacional que avaliou um programa de promoção de literacia em saúde mental em três momentos – pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up* (seis meses após a intervenção), contribuindo com informação relevante para o conhecimento científico sobre a literacia em saúde mental nos jovens portugueses. Este estudo reforça a urgência do desenvolvimento de mais intervenções neste campo, para que os jovens consigam prevenir problemas de saúde mental e ajudar quem necessita.

Poderá ser fundamental investigações futuras incluírem nos seus estudos uma amostra mais heterogénea (diferentes níveis socioeconómicos, diferentes níveis de habilitações académicas dos pais e de áreas rurais e urbanas) e explorar a influência de outras variáveis como a proximidade a pessoas com perturbação ou problemas de saúde mental.

## 2.5. Referências

- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório. Consultado em: [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf).
- Bourget Managment Conseling for the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Healh (2007). Mental Health Literacy: A review of literature. Disponível em: [http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT\\_REVIEW\\_MAY\\_6\\_07.pdf](http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT_REVIEW_MAY_6_07.pdf).
- Boyle, F. M., Donald, M., Dean, J. H., Conrad, S., & Mutch, A. J. (2007). Mental health promotion and non-profit health organizations. *Health & Social Care In The Community*, 15(6), 553-560. doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00712.x
- Campos, L. & Dias, P. (2014). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in adolescents. (Submetido).
- Campos, L., Palha, F., Dias, P. & Costa, N. (2012). UPA FAZ A DIFERENÇA: Ações de sensibilização pró-saúde mental – Relatório Final. Porto, Portugal: Consultado em: ENCONTRAR+SE: <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249>.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Veiga, E. & Duarte, A. (2012). *Finding Space to Mental Health – Promoting mental health in adolescents (12-14 years-old): Preliminary Results of the pilot study*. Poster presented at 11<sup>th</sup> Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation, Milão, Itália. <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249>.
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 754.e1-754.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

- Corrigan, P., & Watson, A. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(6), 526-546. doi: 10.1007/s10597-007-9084-9.
- Corrigan, P., Powell, K. J. & Rusch, N. (2012). How Does Stigma Affect Work in People With Serious Mental Illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 381-384. doi: 10.1037/h0094497.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 40(9), 790-796. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01885.x
- Dickinson, P., Coggan, C. & Bennett, S. (2003). TRAVELLERS: A school-based early intervention program helping young people manage and process change, loss and transition. Pilot phase findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 299-306. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01181.x
- Feliz Mente. (2013). *Educação e Sensibilização para a Saúde Mental*. Consultado em: <http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/>.
- Fernández-Rivas, A. & González-Torres, M. A. (2013). The economic crisis in Spain and its impact on the mental health of children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(9), 583-586. doi:10.1007/s00787-013-0465-z.
- Gottfredson, D. C., & Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*. 4(1), 27-38. doi: 10.1023/A:1021782710278
- Graham, H., & Power, C. (2004). Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research. *Child: Care, Health & Development*, 30(6), 671-678. doi:10.1111/j.1365-2214.2004.00457.x
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 46(7), 714-734. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x.

- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy - Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychological Association*, 67(3), 231-243. doi: 10.1037/a0025957.
- Jorm, A. F., Barney, L., Christensen, H., Highet, N., Kelly, C., & Kitchener, A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01734.x
- Jorm, A. F., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187, 26-30.
- Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco, M., Miguel, J., Villellas, R., Pascual, G., Arenas, O., & Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World Journal of Psychiatry*, 3(2), 18-24. doi: 10.5498/wjp.v3.i2.18
- Menezes, I. (2010). *Intervenção Comunitária: Uma Perspetiva Psicológica* (2ª ed.). Porto: Legis.
- Ministério da Saúde (2006). Plano Nacional de Saúde Escolar 2012-2016. Consultado em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
- Ministério da Saúde (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental – Orientações Programáticas. Consultado em: <http://www.dgs.pt/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx>.

- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*, 58, 449-456. doi: 10.1037/0003-066X.58.6-7.449.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342-346. doi: 10.1192/bjp.02.375.
- Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science & Medicine*, 72(12), 2011-2019. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.006.
- Procter, N., Papadopoulos, I., & McEvoy, M. (2010). Global economic crises and mental health. *Advances In Mental Health*, 9(3), 210-214.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Campayo, J., & García-Toro, M. (2013). Economic crisis and mental health in Spain. *The Lancet*, 382, 1997-1978. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62650-1.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what? Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-50. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x.
- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L., Arnesen, Y., & Wang, C. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), 1-15. doi:10.1186/1471-2458-13-873
- Stuart, H. (2006). Reaching Out to high school youth: the effectiveness of a video-based anti-stigma program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-653.

- Tacker, K., & Dobie, S. (2008). MasterMind: empower yourself with mental health. A program for adolescents. *Journal of School Health*, 78(1), 54-57. doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00266.x
- Von dem Knesebeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M., Lambert, M., Karow, A., & Kofahl, C. (2013). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 775-782. doi:10.1007/s00127-012-0599-1.
- Williams, B., & Pow, J. (2007). Gender Differences and Mental Health: An Exploratory Study of Knowledge and Attitudes to Mental Health Among Scottish Teenagers. *Child & Adolescent Mental Health*, 12(1), 8-12. doi:10.1111/j.1475-3588.2006.00413.x
- World Health Organization (1947). Constitution of the world health organization. Consultado em: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>.
- World Health Organization (2001a). Mental disorders affect one in four people. Consultado em: [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/en/index.html](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/index.html).
- World Health Organization (2001b). Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives. Consultado em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/108934/E73455.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf)
- World Health Organization (2005). Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions. Consultado em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)
- World Health Organization (2010). Mental Health: Strengthening our response. Consultado em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- World Health Organization. (2011). Evidence for gender responsive actions to promote mental health: Young people's health as a whole-of-society response. Consultado em: <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/enfance-adolescence/evidence-gender-responsive-actions-promote-mental-health/evidence-gender-responsive-actions-promote-mental-health.pdf>.

Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00748.x.

### SECÇÃO III. CONCLUSÕES

Através da análise dos resultados obtidos no presente estudo salientam-se as seguintes conclusões:

No que atende ao impacto da intervenção centrada na promoção de saúde mental, verificou-se um aumento estatisticamente significativo do nível de literacia em saúde mental dos jovens, entre o momento anterior à intervenção (pré-teste) e os momentos posteriores à intervenção (pós-teste e *follow-up*, seis meses após a intervenção). Em particular, assistiu-se a um aumento estatisticamente significativo dos conhecimentos sobre problemas de saúde mental, bem como uma redução significativa dos estereótipos; e um aumento estatisticamente significativo das estratégias de autoajuda. Contudo, entre os momentos após a intervenção (pós-teste e *follow-up*) assistiu-se a uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de literacia em saúde mental, particularmente, dos conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental. Estes resultados sugerem que embora a intervenção tenha produzido resultados muito positivos (do pré-teste para o pós-teste; do pré-teste para o *follow-up*) estes resultados não perduraram no tempo (*follow-up* de seis meses após a intervenção).

Os resultados positivos alcançados reforçam a necessidade de se desenvolverem mais intervenções ao nível da promoção da saúde mental (WHO, 2005a, 2005b, 2008). O aumento verificado nos níveis de literacia em saúde mental é muito importante, não fossem os jovens de hoje os futuros adultos de amanhã, que podem construir uma sociedade mais ativa e produtiva (WHO, 2010); mais saudável, pela capacidade de reconhecimento de sinais e sintomas de problemas de saúde mental e prevenção dos mesmos, capacidade para ajudar os que apresentam problemas de saúde mental (Jorm, 2000, 2012); e socialmente mais justa, pela diminuição da discriminação em relação às pessoas com perturbação ou problema de saúde mental (Corrigan, Lurrie, Goldman, Slopen, Medasani & Phelan, 2005).

O facto dos resultados não se terem mantido no tempo, sugere que intervenções curtas em contexto escolar podem trazer resultados muito positivos nos níveis de literacia em saúde mental dos jovens após a intervenção, contudo para que os resultados se mantenham no tempo serão necessárias intervenções mais longas e com maior regularidade (Pinfold et al., 2003; Schulze et al., 2003).



No que se refere à influência da variável género, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino, no momento anterior à intervenção (pré-teste), no momento posterior à intervenção (pós-teste) e na manutenção dos resultados (*follow-up*).

Os resultados entre a pré-intervenção e a pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) sugerem que a intervenção teve um impacto muito positivo tanto nos rapazes como nas raparigas. Embora os resultados entre a pré-intervenção e a pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) tenham tido um impacto muito positivo em ambos os géneros, importa referir que entre os momentos da pós-intervenção (pós-teste e *follow-up*) tanto as raparigas como os rapazes demonstraram uma diminuição significativa no nível de literacia em saúde mental.

Diversos autores referem a existência de diferenças entre os níveis de literacia em saúde mental, surgindo que o género feminino apresenta valores de literacia em saúde mental superiores ao género masculino, antes da intervenção (e.g., Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton, et al., 2006; Martínez-Zambrano et al., 2013; Williams & Pow, 2007), e após a intervenção (e.g., Pinfold et al., 2003). Contudo, seja pela homogeneidade da amostra ou pelas estratégias eficazes para captar a atenção dos rapazes e raparigas, a intervenção revelou-se positiva para ambos os géneros.

Conclui-se, ainda, que a metodologia de avaliação utilizada – pré-teste, pós-teste e *follow-up*, seis meses após a intervenção - permitiu perceber, não só o impacto da intervenção após a sua implementação, mas também a manutenção dos resultados do mesmo, ao longo do tempo. Só assim é possível refletir sobre a adequabilidade da intervenção e replicabilidade da mesma em contextos semelhantes (Menezes, 2010; Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane, & Davino, 2003).

Por último, este estudo permitiu avaliar o impacto de uma intervenção centrada na promoção da literacia em saúde mental e aferir a influência da variável género nos resultados. Reforça-se, assim, a necessidade de se avaliarem as intervenções através de instrumentos validados e de uma metodologia de avaliação que acompanhe as várias etapas da intervenção e que tenha em conta os efeitos do tempo na manutenção dos resultados.

## SECÇÃO IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório. Consultado em: [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf).
- Campos, L. & Dias, P. (2014). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in adolescents. (Submetido).
- Campos, L., Palha, F., Dias, P. & Costa, N. (2012). UPA FAZ A DIFERENÇA: Ações de sensibilização pró-saúde mental – Relatório Final. Porto, Portugal: Consultado em: ENCONTRAR+SE: <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249>.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Veiga, E. & Duarte, A. (2012). *Finding Space to Mental Health – Promoting mental health in adolescents (12-14 years-old): Preliminary Results of the pilot study*. Poster presented at 11<sup>th</sup> Congress of World Association for Psychosocial Rehabilitation, Milão, Itália. <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2249>.
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 754.e1-754..
- Corrigan, P., Lurrie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How Adolescents Perceive The Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatric Services*, 56, 544-550. doi: 10.1176/appi.ps.56.5.544
- Corrigan, P., & O'Shaughnessy, J. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90–97. doi: 10.1080/00050060701280573.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

- Corrigan, P., & Watson, A. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(6), 526-546. doi: 10.1007/s10597-007-9084-9.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 40(9), 790-796. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01885.x
- Dickinson, P., Coggan, C. & Bennett, S. (2003). TRAVELLERS: A school-based early intervention program helping young people manage and process change, loss and transition. Pilot phase findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 299-306. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01181.x
- European Commission & Portuguese Ministry of Health (2010). Background document for the thematic conference - Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. Consultado em: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/ev\\_20101108\\_bgdocs\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf).
- Fernández-Rivas, A. & González-Torres, M. A. (2013). The economic crisis in Spain and its impact on the mental health of children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(9), 583-586. doi:10.1007/s00787-013-0465-z.
- Ferreira, A. (2013). *Abrir Espaço à Saúde Mental: Estudo do impacto da intervenção em alunos do 9º ano de escolaridade* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Gottfredson, D. C., & Wilson, D. B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*. 4(1), 27-38. doi: 10.1023/A:1021782710278.
- Granado, E. A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404. doi:10.4321/S021157352014000200010.

- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 46(7), 714-734. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy - Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychological Association*, 67(3), 231-243. doi: 10.1037/a0025957.
- Jorm, A. F., Barney, L., Christensen, H., Highet, N., Kelly, C., & Kitchener, A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 40(1), 3-5. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01734.x
- Jorm, A. F., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187, 26-30.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. (2012) Tradução, Adaptação e Validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um Focus Group. *Revista Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S., & Mendes A. (2012) Reconhecimento da Depressão e Crenças sobre Procura de Ajuda em Jovens Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 13-17.
- Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco, M., Miguel, J., Villellas, R., Pascual, G., Arenas, O., & Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma:

- Assessing the influence of gender and knowledge. *World Journal of Psychiatry*, 3(2), 18-24. doi: 10.5498/wjp.v3.i2.18.
- Menezes, I. (2010). *Intervenção Comunitária: Uma Perspetiva Psicológica* (2ª ed.). Porto: Legis.
- Ministério da Saúde (2006). Plano Nacional de Saúde Escolar 2012-2016. Consultado em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
- Ministério da Saúde (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental – Orientações Programáticas. Consultado em: <http://www.dgs.pt/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx>.
- Murray, C. L & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease. *Nature Medicine*, 4(11), 1241.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*, 58, 449-456. doi: 10.1037/0003-066X.58.6-7.449.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342-346. doi: 10.1192/bjp.02.375.
- Pinho, S. (2013). *Abrir Espaço à Saúde Mental: Estudo do impacto da intervenção em alunos do 7º ano de escolaridade* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Power, A. K. (2010). Transforming the Nation's Health: Next Steps in Mental Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2343-6. doi: 10.2105/AJPH.2010.192138.
- Procter, N., Papadopoulos, I., & McEvoy, M. (2010). Global economic crises and mental health. *Advances In Mental Health*, 9(3), 210-214.

- Roca, M., Gili, M., Garcia-Campayo, J., & García-Toro, M. (2013). Economic crisis and mental health in Spain. *The Lancet*, 382, 1997-1978. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62650-1.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what? Effects of a school project on student's attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-50. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x.
- Skre, I., Friborg, O., Breivik, C., Johnsen, L., Arnesen, Y., & Wang, C. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), 1-15. doi:10.1186/1471-2458-13-873
- Stuart, H. (2006). Reaching Out to high school youth: the effectiveness of a video-based anti-stigma program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-653.
- Tacker, K., & Dobie, S. (2008). MasterMind: empower yourself with mental health. A program for adolescents. *Journal of School Health*, 78(1), 54-57. doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00266.x
- Williams, B., & Pow, J. (2007). Gender Differences and Mental Health: An Exploratory Study of Knowledge and Attitudes to Mental Health Among Scottish Teenagers. *Child & Adolescent Mental Health*, 12(1), 8-12. doi:10.1111/j.1475-3588.2006.00413.x
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00748.x.
- World Health Organization (2001a). Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives. Consultado em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/108934/E73455.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf).

World Health Organization (2001b). Mental disorders affect one in four people. Consultado em: World Health Organization: [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/en/index.html](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/index.html).

World Health Organization (2001c). The world health report – Mental health: New understanding, new hope. Consultado em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1).

World Health Organization (2005a). Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions. Consultado em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)

World Health Organization (2005b). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Consultado em: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)

World Health Organization (2008). Social cohesion for mental well-being among adolescents. Consultado em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/84623/E91921.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf).

World Health Organization (2010). Mental Health: Strengthening our response. Consultado em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>